UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 189

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PNEUMONIE SYPHILITIQUE

CHEZ L'ADULTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Juillet 1920

PAR

Louis POIRIER

Né à Saint-Mars-la-Jaille (Loire-Inférieure), le 3 juin 1887

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	DUCAMP, professeur, *Président.*	
	VEDEL, professeur-adj.	
	LEENHARDT, agrégé.	*Assesseurs*
	EUZIÈRE, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PNEUMONIE SYPHILITIQUE

CHEZ L'ADULTE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 189

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PNEUMONIE SYPHILITIQUE

CHEZ L'ADULTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Juillet 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Louis POIRIER

Né à Saint-Mars-la-Jaille (Loire-Inférieure), le 3 juin 1887

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, professeur, *Président.*
VEDEL, professeur-adj.
LEENHARDT, agrégé.
EUZIÈRE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲)	DOYEN.
	FORGUE (O ✲)	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM FEDENAT (O ✲
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲)
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON
Clinique médicale	DUCAMP (✲)
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (✲)
Microbiologie	N...
Pathologie interne	N...
Clinique médicale	N...
Médecine légale et toxicologie	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ✲ ✲, a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIÈRE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie	LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie	WATON ✲ (✲), doct (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE
LEENHARDT	EUZIÈRE.	PECH ✲ (ch. d'agr.).
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	VALLOIS H. ✲ (ch. d'agr
RICHE.	RIMBAUD ✲.	

Examinateurs de la thèse

MM. DUCAMP, professeur, *president.* — MM. LEENHARDT, agrégé.
VEDEL, professeur-adjoint. — EUZIÈRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MA MÈRE

Faible témoignage d'affection
et de reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

L. POIRIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

L. POIRIER.

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter notre vie d'étudiant, c'est pour nous un devoir bien agréable à remplir que d'adresser ici, à nos maîtres vénérés de Nantes et de Montpellier, l'expression de notre sincère et profonde reconnaissance.

Nous remercions Monsieur le professeur Ducamp du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Monsieur Blouquier de Claret nous a donné le thème de notre travail, il nous a éclairé de ses conseils. Nous garderons de sa bienveillance un fidèle souvenir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PNEUMONIE SYPHILITIQUE

CHEZ L'ADULTE

INTRODUCTION

Le sujet que nous abordons ici est d'une triste actualité. La guerre ne nous a point ménagé ses fléaux et le développement de la syphilis n'est pas le moindre de ses maux.

Depuis la fin du XVII[e] siècle, la question des pneumopathies syphilitiques est devenue un chapitre important de la syphiligraphie, et notre intention n'est point d'en entreprendre une étude complète.

Nous nous bornerons seulement à examiner, en ce modeste travail, quelques cas de syphilis pulmonaire à forme pneumonique.

Nous étayerons notre travail sur trois observations empruntées à M. le médecin militaire Boudet (*Paris Médical*) et sur deux observations inédites, recueillies dans le service de M. le professeur Ducamp et que nous devons à l'obligeance de M. Blouquier de Claret.

Le plan de notre travail sera le suivant:

Nous ferons, dans un premier chapitre, l'historique rapide de la syphilis pulmonaire.

Nous présenterons dans un second chapitre, nos cinq observations. Nous les discuterons en insistant dans un chapitre réservé à leur étude clinique, sur certaines particularités symptomatiques qui nous ont paru particulièrement intéressantes.

Nous consacrerons notre quatrième chapitre à une courte étude sur l'étiologie et la pathogénie générale de la syphilis pulmonaire.

Nous terminerons en indiquant les meilleures formules thérapeutiques que l'expérience et la science des syphiligraphes ont mis à notre disposition pour la lutte contre les accidents de la syphilis pulmonaire.

HISTORIQUE

La notion des affections syphilitiques du poumon est de date relativement récente. En effet, il faut arriver à la fin du XVII[e] siècle pour voir apparaître la phtisie syphilitique. Avant cette époque, c'est à peine si on avait entrevu l'existence des pneumopathies syphilitiques.

De la fin du XVII[e] siècle au commencement du XIX[e] siècle, c'est l'âge d'or de la phtisie vérolique. A cette époque où l'auscultation était inconnue et où les moyens d'investigation étaient plutôt rudimentaires, il était impossible d'établir la différence entre une syphilis pulmonaire présentant le tableau presque identique à la tuberculose aiguë et un de ces syphilomes pulmonaires simulant une tuberculose chronique. De plus, pour les anciens, et Hunter en particulier, il était de règle d'admettre que deux maladies ne pouvaient évoluer simultanément dans un même organisme. De cette loi découlait fatalement ce principe que la syphilis et la tuberculose ne sauraient évoluer en même temps. Il suffisait donc d'avoir présenté des accidents syphilitiques, pour qu'une phtisie relevât de cette origine.

Au commencement du XIX[e] siècle, Laënnec établissant l'unité anatomique de la tuberculose se refuse à admettre l'existence des pneumopathies syphilitiques. Cruveilher et Andral en France partagèrent sa manière de voir, tandis qu'en Angleterre, Stokes et Graves continuèrent à ad-

mettre la production de bronchites et de pneumonies sous l'influence de la syphilis.

Les travaux de Ricord et de Mac Carthy, 1844, sur les lésions spécifiques, vinrent apporter un peu de précision sur la question. « Un des endroits de l'économie, écrit Ricord, où les gommes syphilitiques se développent plus fréquemment qu'on ne pense, c'est le tissu pulmonaire. Depuis plusieurs années, nous avons eu un nombre d'autopsies assez considérable pour nous croire fondé à admettre qu'il y a des lésions pulmonaires, qu'il faut de toute nécessité rattacher aux tubercules syphilitiques ». Ces quelques constatations anatomiques ne suffirent point à faire admettre l'existence des lésions pulmonaires syphilitiques et, pendant de longues années, leur existence soupçonnée fut la plupart du temps niée.

C'est seulement vers le milieu du XIX^e^ siècle, grâce au développement de l'anatomie pathologique, qu'apparaissent les premiers travaux documentaires dignes de ce nom sur les affections pulmonaires syphilitiques. Depaul et Vidal en France, Virchow et Dittrich en Allemagne, s'attachent à décrire la pneumonie syphilitique. Cornil et Ranvier (1862-1863) essayent d'apporter quelques précisions sur les caractères des lésions gommeuses. Toutes ces études sont uniquement anatomiques.

Les travaux de Lancereaux (1864-1866) font faire un grand pas à l'étude de la syphilis pulmonaire. Cet auteur publie des observations anatomo-cliniques très précises. Alors l'existence des pneumosyphiloses est à peu près établie.

A la suite de ces travaux, d'autres études analogues vinrent apporter la lumière sur la question tant au point de vue anatomique que clinique. Citons les travaux de Fournier, Landrieux, Schnitzer, Pancritius, les thèses de

Carlier (1882) et de Jacquin (1884), les études de Mauriac (1890), les cliniques de Potain et de Dieulafoy. Tous ces travaux, ainsi que ceux de Langerhans, Cube, Berg, Halpern, Lévy, Sacharjin et Wadsak reposent la plupart sur des faits cliniques avec trop peu de vérifications anatomiques. Les constatations anatomiques de syphilis du poumon (Virchow, Remsen, Hertz, Pavlinoff) sont peu nombreuses; encore sont-elles loin d'être exemptes de toutes objections. En effet, même avec l'examen anatomique, il n'est pas toujours facile de différencier les lésions syphilitiques des lésions tuberculeuses du poumon.

De nos jours, de nombreux ouvrages et articles ont été publiés sur les affections syphilitiques du poumon. Les traités de médecine de Balzer, Marfan, Enriquez, Milian, les revues de Brandenburg, Hedren, Henkse, Bouchut et Dujol, les études de Bériel et la thèse de Massia; les ouvrages plus récents de Gaucher et Leredde ont apporté des cas nouveaux et minutieusement observés.

Comme on le voit dans ce court aperçu historique, l'existence des pneumosyphiloses fut longtemps méconnue. Ce n'est que de nos jours que les travaux contemporains purent faire admettre les caractères différentiels des pneumopathies syphilitiques, et permirent de les distinguer des autres affections pulmonaires, notamment de la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Dr Boudet, *Montpellier médical*, juin 1917)

S..., réserviste au bataillon d'Afrique, 27 ans, serait malade depuis trois ans; il a contracté la syphilis à 18 ans.

Le malade a craché du sang à son arrivée au Maroc, il y a trois mois environ; depuis ce moment, il a eu fréquemment du sang dans ses crachats; il y a huit jours, il aurait eu quatre à cinq jours de fièvre.

A son entrée à l'hôpital, le 17 mars, S... présente une expectoration peu abondante, d'un liquide gommeux légèrement aéré, collant au vase, de couleur sucre d'orge, qui rappelle de très près les crachats de la pneumonie.

La sonorité à la percussion et les vibrations thoraciques, l'auscultation sont absolument normales en arrière. En avant, au sommet, la percussion et les vibrations sont normales, le murmure vésiculaire est légèrement diminué à gauche, sans bruits adventices. A trois travers de doigt au-dessus du mamelon gauche, au milieu de la ligne qui joint le sternum à l'aisselle, on perçoit un souffle respiratoire rude avec des râles sous-crépitants fins; ce souffle s'étend en bas jusqu'au niveau de la pointe du cœur. Les bruits cardiaques sont normaux.

Il n'y a pas de fièvre. Il s'agit d'un homme vigoureux, sans trace d'amaigrissement; il dit cependant ne pouvoir ni marcher, ni monter un escalier sans être essoufflé.

L'examen des crachats nous montre d'assez nombreux cocci prenant le Gram, rangés en diplocoques, mais l'inoculation à la souris reste négative; il n'y a pas de bacilles de Koch.

En face de ces signes, nous croyons à une convalescence bâtarde de pneumonie et nous laissons le malade en observation.

Le 2 avril, les symptômes se sont maintenus les mêmes, sans modifications; l'expectoration, qui ressemble à de la gelée de groseille, se maintient identique. Il y a un peu d'amaigrissement. En raison de la syphilis ancienne, nous commençons une série d'injections intra-musculaires de bi-iodure de mercure, 1 centigramme par jour. Au moment de la première injection, nous prélevons du sang pour la réaction de Wassermann qui s'est montrée positive.

Le 8 avril, légère amélioration, les crachats sont à peine teintés de sang, le souffle persiste.

Le 12 avril, il a été fait dix injections de mercure. On n'entend plus de souffle dans la région moyenne en avant et à gauche, mais de très nombreux frottements.

Le 16 avril, bon état général, frottements très rares, respiration rude.

Le 27 avril, le malade sort, il n'y a plus de symptômes pulmonaires.

Observation II

(Dr Boudet, *Paris médical*, juin 1917)

S..., sergent à la légion étrangère, âgé de 30 ans, est malade depuis le 2 mars, à la suite d'une colonne par le froid

et la pluie; il entre à l'hôpital de Guercif, le 17 mars, évacué de Taza pour congestion pulmonaire.

C'est un homme très vigoureux, mais légèrement amaigri depuis qu'il est malade. Il dit n'avoir jamais eu aucune maladie, il ne sait pas avoir eu la syphilis; il présente un type de névropathe, il est très frappé de son état. Il se plaint beaucoup d'un point de côté gauche.

Ses crachats sont sanglants depuis le début de son affection; leur aspect est très spécial, formant au fond du crachoir une couche uniforme, compacte, gommeuse, collant au vase, non aérée, de couleur rose lie de vin; ils répondent assez bien à la comparaison classique de la gelée de groseille, mais d'une couleur plus violacée. A l'examen microscopique, nous trouvons de très nombreux globules rouges et des petits cocci restant colorés par la méthode de Gram, rangés en diplocoques et qui rappellent assez exactement le pneumocoque. Nous n'avons pu à ce moment attraper de souris pour faire l'inoculation; la recherche du bacille de Koch a été négative à plusieurs reprises.

La respiration est régulière, son rythme normal. L'examen des sommets pulmonaires montre que la percussion, la palpation, l'auscultation sont normales. En arrière, à gauche, au niveau du tiers moyen, submatité et légère exagération des vibrations, gros râles ronflants et sibilants localisés à cette zone moyenne.

L'examen des autres organes ne décèle rien.

Le malade dort mal, n'a pas d'appétit; il n'y a pas de température à aucun moment de la journée.

Les symptômes se maintiennent identiques les jours suivants, le malade se cachectise légèrement.

Le 25 mars, nous notons: les crachats se sont maintenus sans changement, les signes d'auscultation se sont légèrement étendus, on perçoit quelques gros râles en avant au

sommet gauche. Le malade se plaint toujours beaucoup de son point de côté, qui est surtout marqué en avant; le cœur reste normal, il n'y a pas de point phrénique.

Nous faisons rechercher la réaction de Wassermann chez ce malade, bien qu'il nie la syphilis; elle est positive.

28 mars: le malade est mis aux injections intraveineuses de cyanure de mercure, 2 centigrammes par jour.

31 mars: le point de côté est moins violent, le malade se trouve mieux, il dort et a une reprise d'appétit. Les crachats sont encore un peu rouillés, mais prennent l'aspect nummulaire. Les râles sont moins abondants.

4 avril: bon état général, crachats rares, muqueux, sans trace de sang; les signes d'inoculation ont disparu; le malade demande à partir en convalescence.

8 avril: le malade a repris son appétit, engraisse et ne crache plus, il sort paraissant guéri.

Il lui a été fait dix injections intraveineuses de cyanure.

Observation III

(Dr Boudet, *Paris médical*, juin 1917)

G..., soldat au 13e groupe spécial, a contracté la syphilis à 20 ans; à 21 ans, il a eu une congestion pulmonaire qui a duré un mois et demi; il tousse et crache depuis ce moment.

Actuellement âgé de 32 ans, il dit avoir été pris brusquement, au cours d'une marche, d'une hémoptysie abondante de sang pur, pour laquelle il rentre à l'hôpital de Guercif, le 21 mai, quatre jours après le début de son affection. Le crachoir du malade contient une petite quantité d'un liquide séro-sanglant, gommeux, non battu d'air, collant au vase et d'odeur sphacélique; ces crachats ressemblent à une solution de gomme teintée de lie de vin. Leur

examen ne décèle aucun bacille de Koch, mais quelques cocci rangés en diplocoques et prenant le Gram; l'inoculation à la souris a été négative.

L'examen physique décèle du côté du sommet droit, en arrière, une légère submatité, les vibrations vocales sont égales des deux côtés, on entend quelques craquements au niveau du sommet droit en arrière et au niveau du hile du même côté, une inspiration soufflante. Tous les autres organes paraissent normaux. L'état général du malade est bon, c'est un homme vigoureux, sans amaigrissement ni signe de fatigue. Il ne présente de fièvre à aucun moment de la journée.

Nous prélevons du sang pour la réaction de Wassermann qui s'est montrée positive.

24 mai: les signes se maintiennent identiques, l'hémoptysie continue sans fatigue apparente du malade, peu abondante, d'un demi-crachoir par jour, d'une sorte de gomme lie de vin et fétide.

Nous commençons une série d'injections intraveineuses de cyanure de mercure à la dose de 2 centigrammes, une tous les deux jours.

28 mai: les crachats sont très légèrement teintés, surtout muqueux.

31 mai: il n'y a plus de sang dans les crachats. On n'entend plus de craquement au sommet droit. L'inspiration reste soufflante au niveau du hile gauche, l'expiration est légèrement prolongée.

8 juin: il n'y a plus d'expectoration, les signes cliniques ont disparu, sauf un peu d'expiration prolongée au sommet gauche.

13 juin: le malade part apparemment guéri. Il a été fait dix injections de cyanure.

Constatant des crachats identiques à ceux des cas précédents, nous avons posé immédiatement notre diagnostic

de syphilis pulmonaire et avons commencé le traitement sans attendre le résultat de la recherche de Wassermann; dans ce cas, comme dans les deux premiers, l'évolution vers la guérison s'est faite très rapidement.

Observation IV

(Service de M. le professeur Ducamp)

C. N..., 56 ans, entre à l'hôpital le 18 janvier 1920, dans le service de M. le professeur Ducamp pour crises nerveuses et pour plaie dans la région fessière droite dont le début remonte à neuf mois.

Antécédents héréditaires. — Père décédé âgé d'attaque d'apoplexie; mère morte de la même maladie à 67 ans. Deux sœurs décédées: l'une à l'âge de 46 ans de cardiopathie, l'autre morte de suites de couches à 30 ans.

Antécédents personnels — Ménagère, veuve sans enfant. Mari décédé d'une maladie de cœur. N'a eu que de l'anémie.

Antérieurement à cette crise nerveuse la malade a eu deux crises nerveuses: la première remonte à quinze mois, la seconde est survenue un mois après la première.

La dernière date de la veille de sa rentrée à l'hôpital. La malade s'est sentie fatiguée et n'a eu que le temps d'aller se mettre sur son lit. Comme elle était seule, il n'a pas été possible d'avoir des renseignements. Au réveil, elle s'est aperçue s'être mordue la langue.

A l'examen, on constate sur le corps, dans la région gauche du cou et sur l'avant-bras droit des cicatrices blanchâtres, étoilées.

Dans la région fessière, large plaie sanieuse à bords décollés, reposant sur un fond jambonné.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont normaux et la sensibilité intacte.

La malade se plaint de nuages devant les yeux et constate que sa vue a baissé. Elle a des crampes dans les jambes et de la cryesthésie.

Rien à signaler au point de vue de l'appareil circulatoire, si ce n'est des signes d'artério-sclérose généralisée: artères flexueuses et premier bruit claqué à l'aorte.

Au poumon, on perçoit, à l'auscultation, quelques ronchus et quelques râles disséminés. La recherche du bacille de Koch dans les crachats, pratiquée le 26 janvier, est négative.

Le 27 janvier, la malade a une forte hyperthermie, nous en recherchons la cause. La percussion nous révèle: au sommet gauche, matité; en avant, à la zone moyenne, sonorité; à la base, matité.

En arrière, mêmes signes.

Les crachats sont sanglants, couleur gelée de groseille, violacés et adhérents au vase.

La réaction de Wassermann dans le sang est positive.

Le 10 mars 1920, on constate de la matité au sommet gauche avec exagération des vibrations. On perçoit au côté un souffle tubaire, avec des râles sous-crépitants disséminés des deux côtés. La température est au-dessous de la normale.

Les particularités cliniques de ce cas donnèrent à penser qu'il ne s'agissait pas de pneumonie, mais plutôt de syphilis pulmonaire. Le traitement institué consista en injections quotidiennes de cyanure de mercure à la dose de un centigramme et d'injections en séries de néo-salvarsan. Sous l'influence de ce traitement, les signes pulmonaires rétrocédèrent aussitôt en même temps que les symptômes nerveux s'amélioraient.

Observation V

(Service de M. le professeur Ducamp)

G. J..., 44 ans, entre à l'hôpital le 28 février 1920 pour hyperthermie, délire non systématisé remontant à trois semaines, ayant débuté par un accès de delirium tremens.

Antécédents personnels. — Cordonnier, marié, n'a jamais eu d'enfant. Ethylisme des plus marqués. Il y a quatorze ans, le malade a eu un chancre induré de la verge, il ne paraît pas s'être soigné sérieusement. Fièvre typhoïde à 15 ans.

Examen somatique : inégalité pupillaire très nette, myosis à droite, et mydriase à gauche. Les pupilles sont régulières et contractiles.

On ne note aucune paralysie des membres, ni des sphincters. Cependant, il y a un degré de parésie du membre supérieur gauche.

De plus, on constate un tremblement transversal, rapide des mains. La langue présente des contractions fibrillaires, enfin il peut siffler sans difficulté.

Le peaussier se contracte également.

Réflexes : vifs aux membres supérieurs et inférieurs ; pas de Babinski, pas de trépidation épileptoïde, ni de danse de la rotule.

Sensibilité : presque abolie au membre supérieur gauche sur le thorax, sur l'abdomen et la cuisse gauche. La sensibilité paraît revenir à la jambe et au pied gauches.

A droite : sensation de contact, mais pas de douleur.

Sensibilité normale à la face ; pas de dissociation thermoalgésique ; pas de Kernig.

Paralysie : pas de paralysie, peut marcher.

Appareil digestif : langue sèche, saburrale, rôtie ; pas de vomissements.

Foie diminué de volume, rate non percutable.

Abdomen souple, légèrement météorisé.

Dans la fosse iliaque droite, on perçoit quelques gargouillements.

Appareil circulatoire: bruits du cœur lointains et mal perçus. Le pouls a une légère tendance au dicrotisme: 98.

12 février 1920: appareil pulmonaire: le malade tousse et crache un peu. Dyspnée légère. Signe d'emphysème: thorax globuleux et hypersonore.

En avant quelques râles sibilants et ronflants.

En arrière, côté droit: au sommet: matité, inspiration soufflante. Sur toute la hauteur du poumon, on perçoit des râles sibilants et des ronchus.

Côté gauche: à la partie moyenne, on entend des râles sous-crépitants, et à la partie inférieure, des frottements. Respiration soufflante.

Les crachats peu abondants présentent l'aspect signalé dans les observations précédentes, ils sont adhérents aux parois du crachoir, et sont couleur lie de vin. Ils ne sont pas séparés, mais forment au fond du vase une couche compacte, non aérée, de consistance gommeuse.

La réaction de Wassermann pratiquée avec le sang et le liquide céphalo-rachidien est négative.

Le traitement institué n'amenant aucune modification des symptômes pulmonaires, ni défervescence de la température, on pratique, à la date du 23 février, des injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure et trois séries d'injections de néosalvarsan à doses croissantes de 0 gr. 15 à 0 gr. 90.

A partir de ce jour, la température qui s'était maintenue entre 38° et 39°4 commence à descendre pour arriver à la température normale après onze jours de traitement. En même temps, les symptômes pulmonaires s'amendaient, et le malade sortait de l'hôpital le 4 mars.

ETUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

La syphilis, et particulièrement la syphilis tertiaire, est une affection simulatrice. A chaque page de la pathologie humaine, nous la retrouvons sous diverses formes et très nombreuses sont les maladies pour lesquelles nous devons songer à un diagnostic différentiel avec la syphilis.

Il en est ainsi au poumon comme partout ailleurs; la syphilis tertiaire y revêt divers aspects et il est généralement difficile, sinon impossible, de la différencier de la maladie qu'elle simule. A côté d'une forme latente, véritable trouvaille d'autopsie, nous observons des formes à marche aiguë ou subaiguë, simulant la pneumonie et la congestion, des formes chroniques évoluant avec tous les symptômes de la tuberculose, enfin des formes gangréneuses, pleuro-pulmonaires, bronchectasiques et scléreuses.

Quels sont donc, dans les observations que nous venons de publier, les signes permettant d'affirmer la spécificité des lésions pulmonaires?

Dans aucune de ces observations, le diagnostic n'a été fait d'après les seuls symptômes pulmonaires.

C'est qu'en effet, il n'existe pas de symptômes pathognomoniques de cette affection. Les renseignements que nous fournissent l'inspection, la percussion et l'auscultation, ne nous permettent pas de différencier la syphilis pulmonaire des autres pneumopathies. Cependant, certai-

nes particularités de l'évolution et certains symptômes peuvent mettre le médecin sur la voïe du diagnostic et lui permettent d'arriver à découvrir la vraie nature de la maladie.

Les antécédents doivent attirer notre attention sur la syphilis: tous nos malades, sauf un, ont des antécédents syphilitiques graves. Dans nos deux observations personnelles, nous devions songer à la possibilité d'une pneumopathie syphilitique, car Fournier et Pancritius ont déjà montré que la virulence du tréponème favorisait sa localisation au poumon; on a affaire à des syphilis frappant des organes multiples, parfois très gravement. Ces deux malades, précisément, ont des lésions graves du système nerveux central et présentent, en divers points du corps, des lésions gommeuses en voie d'évolution ou cicatrisées.

Fournier et Pancritius font également jouer un certain rôle au traitement antérieur: les localisations pulmonaires, d'après eux, sont plus fréquentes dans les formes mal soignées ou méconnues de la syphilis. C'est bien là le cas des trois soldats dont l'observation fut prise par le docteur Boudet. L'un d'eux ignorait son mal et les deux autres ne signalent pas de traitement intense et continu. Celà ne nous étonne pas, car l'homme en général, et particulièrement le militaire colonial, insouciant naturellement par sa profession, ont une tendance à cesser tout soin dès qu'il ne se manifeste pas de localisation inquiétante de syphilis.

Il est classique de dire que la syphilis pulmonaire se localise rarement au sommet et touche surtout la partie moyenne du poumon. Plusieurs de nos malades ont présenté de la matité du sommet et des signes stéthoscopiques nets dans cette région. Cependant, dans l'observation II, les lésions siégeaient nettement au niveau du tiers moyen et c'est cette localisation qui a permis, dans ce cas, de songer à la syphilis pulmonaire, diagnostic qui fut

confirmé par la réaction de Wassermann et par l'amélioration des symptômes sous l'influence du traitement mercuriel.

L'évolution de la maladie nous frappe davantage: les cinq malades que nous observons ont eu un début brusque avec fièvre, au moins chez trois d'entre eux. Les trois premiers furent envoyés avec le diagnostic de congestion pulmonaire et les symptômes présentés par les deux derniers auraient pu laisser supposer un moment que nous nous trouvions en présence d'une pneumonie franche.

Mais la réaction fébrile, lorsqu'elle a existé, a cessé non brusquement, mais peu à peu, comme dans une pneumonie prolongée, et plus tard, si le malade n'a pas subi le traitement classique de la syphilis, nous sommes frappés par la prolongation anormale des signes cliniques.

Le malade n'a aucune tendance à l'amélioration. Parfois même il y a aggravation des symptômes. Il peut s'installer une cachexie lente et progressive qui est exceptionnelle dans les suites de la pneumonie banale. Cet état ne s'amende que sous l'influence du traitement spécifique. Nous avons vu, en effet, dans notre dernière observation, qu'après onze jours de traitement mercuriel, le malade avait vu son état général se relever rapidement et que les lésions pulmonaires ont vite disparu. Les autres observations ne sont, d'ailleurs, pas moins concluantes à cet égard.

Le début brusque et la très longue évolution du mal, sans tendance spontanée à la guérison, nous semble donc, si le Wassermann est positif, indiquer nettement la possibilité d'une pneumopathie syphilitique.

Le traitement d'épreuve lèvera tous les doutes. Il faut se garder des traitements mitigés qui ne signifient rien et instituer d'emblée, en cas de doute, un traitement énergi-

que. Il faut également se méfier du traitement hydrargo-ioduré. L'iodure, en cas de lésions pulmonaires en bonne voie, pourrait, s'il était administré à faible dose, gêner le processus naturel de cicatrisation scléreuse. A forte dose, il pourrait augmenter les signes de congestion et serait, par conséquent, néfaste dans les deux cas.

Un traitement bien compris et bien conduit, peut et doit servir de pierre de touche. Il éclairera bientôt le diagnostic et l'on verra, sous son influence, s'amender rapidement les troubles pulmonaires. Dans les cas graves, on assistera à une véritable résurrection d'un malade démoralisé par l'inefficacité des traitements employés jusqu'alors. Dans les observations que nous avons exposées plus haut, son influence a eu la netteté d'une réaction chimique et s'il ne fut pas employé comme moyen de diagnostic, il a du moins servi à le confirmer en montrant d'une façon évidente que nous étions en présence d'une pneumopathie syphilitique.

Dans la littérature médicale, nous avons, il est vrai, relevé quelques cas d'insuccès. Mais ces insuccès nous semblent dus généralement à la timidité du traitement employé et aussi à ce fait que les lésions étaient tellement avancées et les désordres fonctionnels si graves que toute survie semblait impossible : le néosalvarsan ou les composés mercuriels n'ont jamais régénéré un poumon complètement détruit et dont les éléments histologiques n'existent plus.

Certains, nous le savons, ne voient entre l'amendement des troubles pulmonaires et le traitement antisyphilitique qu'une relation de coïncidence. Mais une telle interprétation ne peut nous satisfaire entièrement, car cette coïncidence a été constatée des centaines de fois, ce qui est au moins troublant.

Pour nous, l'influence du traitement et son rôle au point de vue diagnostic, ne sont pas douteux, car, dans les cinq observations que nous étudions, il suffit à lui seul pour obtenir la guérison sans le secours d'aucune autre médication.

Remarquons, en passant, que les réactions dites spécifiques (oculo cuti et intradermo-réaction) n'ont pas été faites. On ne doit pas en effet les utiliser; d'après les travaux de Nicolas, Favre et Charlet, il doit être admis que ces réactions ont la même fréquence positive chez les tuberculeux et chez les syphilitiques. Elles n'ont aucune spécificité, ce qui leur enlève toute valeur, au moins dans le cas qui nous intéresse.

L'examen des crachats est assez instructif. Leurs caractères particuliers ont été signalés, pour la première fois, par le docteur Boudet dans un article paru dans *Paris Médical:*

« Il s'agissait, écrit-il, non d'une véritable hémoptysie avec toux et rejet de sang rutilant, plus ou moins battu d'air, ni de crachats sanglants, rouge noirâtre, plus ou moins coagulés, comme on les rencontre aux deux stades de la tuberculose pulmonaire. Il ne pouvait non plus être question d'anévrysme aortique. Bien que fétides et pouvant faire penser à de la gangrène pulmonaire, ils n'avaient pas non plus le type que l'on rencontre dans cette affection et ne formaient pas, par le repos, les trois couches caractéristiques; c'est aux crachats de la pneumonie qu'ils ressemblaient le plus.

» Rejetés en petite quantité, sans grand effort de toux, ces crachats ne restent pas isolés dans le crachoir, mais se réunissent en une seule masse gommeuse, filante, adhérant fortement au vase que l'on peut retourner sans qu'il se vide; ils sont très peu spumeux; leur teinte est caractéristique, ils sont lie de vin ».

Le docteur Latty avait déjà signalé cette teinte spéciale à propos d'une fillette qu'il eut l'occasion d'observer: « Elle éliminait ses produits gommeux, écrit-il, par des crachats couleur lie de vin et d'une horrible fétidité ».

Ce caractère commun se trouve chez les cinq malades dont les observations se trouvent en tête de cette thèse. Tous présentent des crachats adhérents au fond du vase, peu abondants, parfois fétides et toujours de couleur lie de vin. Ils ressemblent en somme aux crachats de la pneumonie, mais de couleur un peu différente. Il nous semble que, dans cet examen macroscopique on pourrait trouver des éléments de diagnostic. L'examen bactériologique des deux dernières observations n'a montré ni bacilles de Koch ni pneumonocoque.

Fait important, quelques fréquentes qu'elles aient été, les analyses des crachats n'ont jamais permis de constater la présence de bacille de Koch, bacilles que l'on aurait certainement trouvés un jour si nous avions été en présence de pneumonie tuberculeuse.

Plusieurs fois, il fut possible de voir de nombreux microbes variés et entre autres de petits cocci ressemblant au pneumocoque. Il s'agissait sans doute de formes voisines du pneumocoque ou du pneumocoque lui-même, mais atténuées et vivant en saprophytes dans les voies respiratoires, fait qui fut constaté bien souvent chez des sujets sains. Si nous avions été en présence de pneumonie, l'inoculation à la souris aurait donné les réactions classiques. L'inoculation fut faite et la souris n'a jamais réagi; nous étions donc en présence de microcoques anodins ou atténués, incapables par conséquent de provoquer une pneumonie franche.

Regrettons que la recherche du *trépenoma pallida* n'ait pas été tentée. La présence de ce spirochète ne fut consta-

tée à notre connaissance, qu'une seule fois dans les crachats de syphilitique pulmonaire. Il eut été intéressant, croyons-nous, de le prendre en quelque sorte sur le fait, ce qui aurait été aussi concluant qu'une biopsie bien conduite. Quoi qu'il en soit, étant donnée son extrême rareté dans les crachats, on ne peut nier la syphilis pulmonaire chaque fois qu'il y est absent. Sa présence d'ailleurs ne serait peut-être pas très concluante car il n'est pas rare de trouver dans la bouche et surtout sur les dents cariées, des spirilles qui lui ressemblent fort, spirilles qui entraînées pendant l'expectoration pourraient se retrouver dans les crachats.

Cette absence de spirochète dans les crachats ne nous étonnera pas si nous considérons que les coupes faites dans les lésions tertiaires de la syphilis n'ont que tout à fait exceptionnellement permis d'y constater la présence du spirocheta pallida.

Cet exposé nous montre les difficultés du diagnostic des pneumopathies syphilitiques. Or, ce diagnostic est important, car s'il est fait à temps, il permettra d'agir énergiquement et le pronostic deviendra relativement bénin.

Malheureusement, il n'existe pas de symptôme pathognomonique bien net de la syphilis pulmonaire.

On devra donc y songer chaque fois que chez un syphilitique, on trouvera une affection pulmonaire d'évolution anormale. Les formes non cycliques de pneumonie, les formes prolongées de broncho-pneumonie et surtout l'examen de la courbe thermique, devront à ce point de vue attirer l'attention, ainsi que les localisations à la base du poumon ou du niveau du hile, de lésions soi-disant tuberculeuses. L'absence du bacille de Koch et du pneumocoque et l'expectoration hémoptoïque de couleur lie de vin semblent avoir une valeur diagnostique réelle.

Enfin, le traitement antisyphilitique lèvera tous les doutes : le néosalvarsan et les préparations mercurielles éclaireront le diagnostic et seront en même temps les procédés thérapeutiques de choix.

Il se peut du reste qu'on se trouve en présence d'associations tuberculeuses et syphilitiques, semblables en un mot au « *scrofulate de vérole* » de Ricorfd, et dans ces cas, il nous paraît indispensable d'instituer un traitement au néosalvarsan.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Nous n'envisagerons ici que les pneumosyphiloses acquises. Ces lésions constituent les accidents les plus tardifs que détermine le tréponème. « Parmi toutes les autres manifestations viscérales de la syphilis — dit Mauriac — il n'y en a pas dont le développement se manifeste à une époque plus reculée ».

L'apparition des pneumopathies syphilitiques a été signalée à plus de 20 ans de l'inoculation et parmi les observations que nous avons présentées nous remarquons (obs. III), douze ans d'intervalle entre le chancre et la révélation des lésions pulmonaires.

La fréquence des accidents pulmonaires syphilitiques a été fort discutée; à ce sujet, les syphiligraphes ont traduit les statistiques les plus contradictoires. Il faut, sans doute, en chercher la cause en ces deux sortes de faits. D'une part, nombre de cas de pneumosyphiloses doivent échapper à l'investigation clinique et anatomique, c'est l'avis de Milian qui s'appuie sur les statistiques suggestives de Balzer.

Alors que sur 6.000 cas de syphilis relevés à l'Hôpital de Copenhague, la syphilis pulmonaire n'a été notée que deux fois, Petersen, sur 88 autopsies de syphilis acquise, la révèle onze fois!

D'autre part — et Bériel lui-même le remarque — si de

nombreux cas échappent à l'examen, quelques diagnostics de pneumopathies syphilitiques sont également erronés et nombre d'observations publiées sous le nom de syphilis pulmonaire ont trait, sans conteste, à des altérations diverses et surtout tuberculeuses.

D'ailleurs, il est à observer que les statistiques récentes accusent une plus grande fréquence des pneumopathies syphilitiques.

La fréquence relative de leurs différentes formes est également difficile à apprécier car celles-ci sont interprétées différemment par les auteurs. Les atteintes à forme aiguë sont rarement observées. Mais elles peuvent être arrêtées — signale Bériel — par une thérapeutique opportune et donner lieu ainsi à des formes à évolution latente si fréquemment rencontrées.

Toutefois, les formes gommeuses et les formes pneumoniques à lésions massives lobaires ou pseudo-lobaires paraissent être les plus rares. Les types brochectasiques, au contraire, constituent la grande majorité des pneumosyphiloses. Et cette fréquence des bronchectasies syphilitiques est si remarquable que Tripier a pu se demander « si toutes les dilatations bronchiques ne sont pas des productions syphilitiques ou parasyphilitiques ».

Si les pneumopathies syphilitiques s'observent à tous les âges, elles sont rares dans l'enfance (en dehors des cas de syphilis congénitale bien entendu) ce qui s'explique, dit Gaucher, par la rareté de la syphilis acquise à cet âge et par ce fait que les lésions pulmonaires sont très lointaines.

De même, elles sont exceptionnelles dans la vieillesse et leur maximum paraît s'observer vers quarante ans.

Les accidents syphilitiques pulmonaires seraient plus fréquents dans le sexe masculin, c'est l'indication du moins qui ressort des statistiques publiées par Carlier et qui

accusent 47 cas de syphilis chez l'homme pour 8 chez la femme. Mais, se basant sur ce fait que la vérole est moins souvent méconnue chez l'homme, Bériel en arrive logiquement à supposer que les auteurs ont, de ce fait, plus souvent rapporté à leur origine vénérienne véritable, les altérations pulmonaires chez les sujets masculins.

En plus de ces causes de prédisposition générale en faveur de la localisation pulmonaire du tréponème, Gaucher invoque encore la virulence de l'affection et l'insuffisance ou l'absence de traitement, mais se hâte-t-il d'ajouter, ce ne sont là que des considérations générales communes à toutes les manifestations du tertiarisme.

Quant aux conditions de prédisposition locale, elles sont inconnues. Certains auteurs ont bien voulu voir dans les atteintes antérieures du poumon, un fait pathologique susceptible de favoriser les locations syphilitiques en territoire pulmonaire, mais ils reconnaissent, eux-mêmes, qu'il s'agit là d'une hypothèse non confirmée, tout au plus rationnelle.

Ces conditions étiologiques des pneumosyphiloses ainsi indiquées, nous nous proposons d'étudier brièvement les modes d'envahissement du tréponème et son mécanisme d'action.

Et d'abord quelles sont les voies d'invasion empruntées par le tréponème pour atteindre le poumon?

Incontestablement sa voie d'accès la plus habituelle est la voie vasculaire; l'origine aérienne ne saurait être discutée. Bériel en donne pour preuve: « Si la topographie des lésions de début est souvent péribronchique, elle est aussi périvasculaire, sous-pleurale, localisée autour des gros axes connectifs de la charpente contenant les capillaires nutritifs les plus abondants; dans le poumon, les réactions infectieuses d'origine interne sont toujours à

début nodulaire au niveau des points de tissu vasculo-connectifs; tandis que les réactions alvéolaires primitives sont plutôt des modifications passives ».

La fréquence des lésions au niveau de la région hilaire a fait accuser la voie lymphatique d'être un second chemin d'accès du tréponème, mais la rareté des adénopathies tend à faire rejeter cette hypothèse et amène à penser que la propagation du tréponème vers le hile se fait surtout par l'extension des lésions bronchiques. Les lésions étendues de la trachée et des grosses bronches coexistant avec des localisations pulmonaires ont été constatées assez fréquemment pour qu'on ait pu invoquer cette voie de propagation bronchique.

Il existe enfin un autre mode de contamination, exceptionnelle d'ailleurs, c'est la greffe et le développement secondaire des lésions syphilitiques d'organes voisins: plèvre, foie, etc. Delépine et Sioley ont donné une curieuse observation de gomme du foie propagée au poumon à travers le diaphragme.

Le tréponème marque-t-il une préférence, un choix dans sa localisation pulmonaire? La chose est admise par les auteurs. Il est classique, en effet, d'admettre une prédilection spéciale du tréponème vis-à-vis des lobes moyens et vis-à-vis du poumon droit. A la vérité, dans les observations que nous avons produites, nous n'avons pas pu constater la prédominance des lésions syphilitiques au lobe moyen, mais il ne nous semble pas, par contre, que le poumon droit soit l'habitat exclusif du tréponème; en tout cas, nous observons, chez nos cinq malades, que les lésions siègent deux fois à gauche et trois fois à droite, et nous pensons pouvoir taxer Grandidier de quelque exagération, lorsque nous l'entendons enseigner qu'une lésion pulmonaire siégeant au lobe moyen du côté droit, impose pres-

que nécessairement le diagnostic de la nature syphilitique de la lésion.

Arrivé au niveau du parenchyme pulmonaire, quelles lésions anatomiques va y déterminer le tréponème?

Nous allons les examiner dans une rapide étude. Elles sont de trois sortes:

Sclérose diffuse;
Gommes;
Scléroses circonscrites.

La sclérose diffuse de la pneumosyphilose acquise chez l'adulte correspond à la pneumonie blanche des nouveaunés. Elle se révèle sous forme d'îlots disséminés soit autour des bronches, soit autour des dilatations bronchiques; elle est associée le plus souvent aux dilatations bronchiques qui, tantôt cylindriques, tantôt ampullaires peuvent simuler de véritables cavernes.

« Les *gommes*, disent Cornil et Ranvier, sont au point de vue anatomique, les lésions les plus caractéristiques de la syphilis. De la grosseur d'un pois, d'une noisette, d'une noix, elles se présentent au nombre de six ou huit tout au plus, sous l'aspect de petites masses arrondies, grisâtres, dures et sèches. Leur centre jaunit bientôt puis se ramollit, devient caséeux et gélatineux, tandis qu'autour d'elles se constitue une coque d'enveloppe scléreuse.

Sclérose circonscrite. — Arrivée à sa période de ramollissement, la gomme se résorbera ou — fait exceptionnel — se rompra dans une bronche constituant ainsi une caverne gommeuse qui se fermant peu à peu, par bourgeonnement, donnera naissance à des cicatrices de tissu fibreux, cicatrices rétractées, froncées, étoilées, dont les tractus, véritables cordages, « ficèleront » le poumon comme un foie syphilitique.

Mais pour déterminer ces lésions quel processus histologique le tréponème a-t-il fait subir au parenchyme pulmonaire?

Il y a lieu, pour étudier commodément ces lésions, de les distinguer avec Massia, selon les différents processus anatomo-pathologiques.

Prqcessus pneumonique. — Le premier stade est une alvéolite desquamative. Un processus actif particulièrement intense (fonction lui-même d'une exagération de la vascularisation, d'une exagération de la nutrition des tissus), se manifeste, qui détermine une hyperplasie marquée, une pseudo-néoplasie.

Cette vascularisation exagérée, la dilatation et la néoformation des capillaires, ne tarde pas à produire l'exsudation légère d'un liquide séreux qui bientôt infiltrera le tssu alvéolaire et périvasculaire.

Nous sommes au premier stade de splénisation.

Si cette évolution continue, l'infiltration augmentant ainsi que la nutrition des tissus, le processus aboutira à la néoformaton épithéliale des tissus alvéolaires. C'est la pneumonie syphilitique ordinaire.

L'évolution se poursuivant encore, aboutirait à la constitution de foyers adénomateux ou à la bronchectasie, à la sclérose.

Processus gommeux. — Deux théories ici se trouvent en présence pour expliquer la formation des gommes.

Virchow fait de la gomme l'aboutissant d'une prolifération cellulaire limitée, elle constituerait donc pour lui une véritable néoplasie.

Pour Cornil, Ranvier, Ranvick, Brissaud, la gomme serait une amoncellement de cellules embryonnaires dans un

tissu scléreux, une néoformation au sein des tissus, plus fréquente au voisinage des vaisseaux et des petites bronches. Résultat d'un processus hyperplasique si intense qu'il est touché par la sclérose.

Tripier apporte une explication différente. La gomme n'est pas, à son avis, le résultat d'une hyperplasie mais une portion nécrosée du tissu pulmonaire, une nécrose d'origine vasculaire. Et le mécanisme qui explique l'infarctus explique de la même façon la constitution de la gomme par artérite oblitérante.

Il y aurait donc deux processus susceptibles d'expliquer la formation des gommes; mais elles ne doivent jamais être considérées comme des néoplasies pures et c'est toujours l'oblitération vasculaire qui les détermine. Leur ulcération possible sans doute, n'a jamais été relevée de façon bien probante à l'examen anatomique.

Processus scléreux. — La sclérose est en somme l'aboutissant de toutes les formations syphilitiques. Ces formations atteintes de sclérose se différencient par leur volume par une véritable cirrhose généralisée du poumon par l'étendue des lésions au même stade.

Lésions concomitantes. — Les plus fréquemment décrites sont les scléroses et les gommes du foie, des reins, de la rate. Mais une lésion plus fréquente de ces mêmes organes est la dégénérescence amyloïde.

Pour Virchow notamment, cette amylose qui ne se rencontrerait ailleurs, que dans la tuberculose et les suppurations anciennes, serait digne d'être considérée comme la signature du virus syphilitique.

TRAITEMENT

Le traitement de la syphilis pulmonaire à forme pneumonique sera celui de toutes les affections syphilitiques en général. Le mercure et l'iodure sont les deux médicaments de choix, mais c'est surtout au mercure qu'il convient de donner la préférence. En agissant ainsi, on évitera les accidents qu'on peut observer avec l'emploi de l'iodure. En effet, quand le diagnostic n'est pas confirmé, quand on soupçonne que des lésions tuberculeuses peuvent évoluer en même temps que des lésions syphilitiques, il peut y avoir danger à employer l'iodure de potassium, car celui-ci peut provoquer une poussée congestive, une hémoptysie.

D'ailleurs, dans la forme pneumonique que nous étudions ici, les résultats obtenus ont été probants. En quelques jours, on a constaté chez les malades soumis au traitement mercuriel, une amélioration rapide de tous les symptômes. Les cas publiés par Girandeau, Fournier, Dieulafoy et Gaucher apportent une preuve irréfutable de l'efficacité du traitement sur les lésions syphilitiques du poumon.

Dans les formes incertaines où le diagnostic n'est pas fermement établi, si on a quelque soupçon, il ne faut pas hésiter à instituer le traitement spécifique. Ce traitement est le moyen de résoudre les difficultés du diagnostic. Il n'a d'ailleurs, aucune action néfaste en cas de lésions tuberculeuses. C'est ce qu'a fait ressortir Barthélemy au

Congrès de la tuberculose en 1905 : « Il y a lieu de le déclarer bien haut, a-t-il dit, il ne faut pas redouter le mercure chez les syphilitiques qui deviennent tuberculeux, ni chez les tuberculeux qui deviennent syphilitiques, mis à part, bien entendu, les cas de tuberculose rapide, généralisée et de granulie aiguë ».

En résumé, nous préconisons comme traitement le mercure et principalement en injections intraveineuses. Dans les cas que nous avons publiés le cyanure de mercure à la dose *pro die* de 0 gr. 01, nous a donné des résultats satisfaisants et rapides. A cette médication, nous ajouterons les injections en série de néosalvarsan. L'iodure de potassium pourra, dans certains cas, être d'une grande utilité, mais on devra toujours l'employer avec circonspection à cause des accidents congestifs qu'il est susceptible de déterminer.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis pulmonaire, même présentant une évolution aiguë de pneumonie, existe. Mais il ne faut pas oublier, d'après nos recherches, que ces manifestations sont plutôt rares. Malgré l'absence du spirochète dans les crachats, on ne peut nier son existence. L'amélioration des lésions sous l'influence du traitement spécifique et de ce traitement seul en est une preuve irréfutable.

II. — Malheureusement, le diagnostic est fort difficile. La concomitance d'autres affections syphilitiques met parfois sur la voie. La physionomie des crachats pourrait aussi, à notre avis, apporter un précieux élément de diagnostic, ainsi que les divers procédés de laboratoire à notre disposition (radioscopie, réaction de Bordet-Wassermann) et le traitement qui peut servir de pierre de touche.

III. — Le pronostic, quand le diagnostic a pu être fait à temps, est relativement bénin. On a vu, en effet, des malades dont l'état général était très altéré, revenir à la santé en quelques semaines, par un traitement spécifique énergique.

IV. — Le traitement sera celui de toutes les affections d'origine syphilitique. Il consistera en injections de néosalvarsan associées aux sels de mercure. Dans l'emploi de l'iodure de potassium, il faudra être prudent à cause des accidents pulmonaires qu'il peut provoquer, surtout quand en même temps que la syphilis évolue une tuberculose pulmonaire.

BIBLIOGRAPHIE

BALZER. — Syphilis trachéo-broncho-pulmonaire. In *Traité de médecine de Brouardel et Gilbert,* VII, 1900. p. 781.

BARTHÉLEMY. — Syphilis et tuberculose.

BÉRIEL. — Syphilis du poumon, 1906.

BERING. — Discussion sur la fréquence de la syphilis pulmonaire. *Lyon médical.*

BOUDET. — Trois observations de syphilis du poumon à forme subaiguë ; valeur de l'expectoration hémoptoïque. *Paris médical,* juin 1917.

CELLIER. — *Thèse de Montpellier,* 1920.

DIEULAFOY. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu. *Pathologie interne.*

FOURNIER. — De la phtisie syphilitique. *Traité de la syphilis,*

GAUCHER. — Syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur, 1909.

GEREST et WIESS. — Syphilis du poumon. *Loire médicale,* 1909.

LANCEREAUX. — *Traité de la syphilis.*

LANDOUZY. — Cliniques de Laënnec. Association morbide, syphilis et tuberculose. *Congrès pour l'étude de la tuberculose,* 1891.

LANGERHANS. — Cas de phtisie syphilitique guéri par un traitement prolongé mais sans signes cavitaires. *Virchow's Archiv.*, vol. 75.

LEREDDE. — Traitement de la syphilis.

MASSIA. — *Thèse de Lyon*, 1911.

MATHIEU. — Syphilis et tuberculose. *Congrès franç. d'oto-rhino-laryngologie*, 1908.

SERGENT. — Syphilis et tuberculose. *Rapport au Congrès de la tuberculose*, 1905, t. IV.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 3 juillet 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 30 juin 1920.
Le Doyen
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!